

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N^o 260

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri-Prosper BENOIST

Né à Paris le 20 mars 1890

Ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Indications de l'Hystérectomie Vaginale

DANS LA

FIÈVRE PUERPÉRALE

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

300

260

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

008



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri-Prosper BENOIST

Né à Paris le 20 mars 1890

Ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Indications de l'Hystérectomie Vaginale

DANS LA

FIÈVRE PUERPÉRALE

Président : M. BRINDEAU, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
Clinique ophthalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOLLETT	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	IERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Hommage de respectueux attachement et de reconnaissance.

AU DOCTEUR GEORGES BACHY

Ex-interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien à Saint-Quentin

*En souvenir des années 16-17-18
où comme chef d'équipe chirur. puis
comme médecin chef d'auto-chir, il
nous a prodigué ses conseils et les
marques d'une affectueuse amitié.*

AU DOCTEUR ROBINEAU

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Hommage de gratitude pour l'ac-
cueil qu'il nous a fait et les renseigne-
ments qu'il nous a communiqués.*

Externat

1911. M. le D^r TUFFIER, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

1912. M. le D^r LEREBoullet, professeur agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. le D^r PAGNIEZ, médecin de l'Hôpital Broussais.

1913. M. le D^r BABINSKI, médecin de la Pitié.

1914. M. le D^r ENRIQUEZ, professeur agrégé, médecin de la Pitié.

Internat provisoire

1919-1920. M. le D^r SOULIGOUX, chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

1920-1921. M. le D^r METZGER, professeur agrégé. Maternité de Beaujon.

M. le D^r BRINDEAU, professeur de clinique obstétricale. Maternité de la Pitié.

A M. CADENAT

, Chirurgien des Hôpitaux

A MM. les D^{rs} LEMOIGNIC et COUINAUD

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DES
Indications de l'Hystérectomie Vaginale
DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie vaginale a été pendant les trente dernières années une des questions les plus controversées.

Il suffit de rappeler qu'en 1886 Schultze fut le premier à pratiquer une hystérectomie abdominale pour rétention placentaire dans un utérus bicorne avec gangrène et que depuis cette époque la question fut six fois posée à l'ordre du jour des Congrès internationaux. Rome, septembre 1902. Madrid, 1903, XIX^e Congrès de l'Association française de Gynécologie, I^{er} et II^e Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1919-1920, XLXI^e Réunion de l'Association médicale américaine.

Elle suscita de nombreuses discussions tant à la Société de Chirurgie, 1899-1901, qu'à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique et inspira de nombreux travaux originaux, notamment, Wintrebert et Bouilly, 1895, Mouchotte, 1906, Morgenstern, 1921.

L'historique chronologique de la question a été traité en partie dans le récent rapport du Dr Cotte.

Nous essaierons seulement d'établir un bilan des idées émises et des faits publiés et de schématiser les directives des travaux de ces trente années.

Après une courte période d'opposition, un accord presque unanime se fait rapidement sur les indications de l'hystérectomie dans tous les cas où l'on peut déceler une lésion locale utérine évidente, lésion traumatique, tumeurs utérines, fibromes, gangrène, abcès utérins, emphysème. L'accord est un accord de principe et se borne aux cas où l'on peut déceler cliniquement la lésion locale.

La difficulté extrême, voire même l'impossibilité de déceler des lésions utérines minimales, semblent néanmoins servir de point de départ à l'infection, poussent certains auteurs, Tuffier en particulier, à élargir rapidement les indications de cette thérapeutique. Il faut opérer alors que cliniquement il n'y a pas de lésions locales apparentes, car il s'agit de petits abcès miliaires, de petits fragments de placenta qui échappent à la curette et à l'antisepsie utérine. A l'insuffisance de la clinique on substitue une notion de temps, et le professeur Jean-Louis Faure est amené à formuler cette règle : employer d'abord les moyens médicaux qui réussissent souvent, et si vingt-quatre heures après le curettage, l'amélioration n'est pas nette, si la fièvre n'est pas tombée, il faut intervenir.

Cette idée cristallise, elle éclaire le Congrès de Rome, elle se fait jour à celui de Madrid, mais elle trouve un ennemi irréductible en la personne du professeur Pinard.

« L'indication rationnelle de l'hystérectomie n'existe pas. »

La thèse de Mouchotte n'est que le développement de cette idée. L'auteur ayant rassemblé avec grand soin de nombreuses observations, essaye de tirer des indications, des renseignements cliniques, anatomiques, bactériologiques qu'il a pu recueillir.

Toutes ces données lui semblent insuffisantes. Aucune n'est certaine. Il reste dans une « situation particulière, indéfinie, où intervient pour beaucoup dans la décision à prendre, le tempérament de chacun ». Il n'y a pas d'indications opératoires, il n'y a que des invitations opératoires !

Aussi Doléris peut-il dire un an après que s'il existe sans doute des indications vraies « il se sent attiré par l'abstention prudente et rationnelle ».

La question de temps préoccupe beaucoup les auteurs qui cherchent à fixer le « trop tôt » et le « trop tard », mais là encore les limites sont difficiles à préciser et Vanverts, de Lille, se refuse à voir le problème sous cet angle. « Si elle est à la période où l'infection est encore localisée à l'endomètre, on doit lui préférer les moyens plus simples et efficaces que constituent l'injection intra-utérine, répétée ou continue, le drainage utérin, le curage ou le curetage. Si l'infection a dépassé les limites de l'utérus elle n'est plus suffisante pour arrêter celle-ci et constitue un traumatisme sérieux qui aggrave la situation. Trop hâtive... dans le premier cas, trop tardive dans le second..., elle ne peut-être considérée comme un mode de traitement à conseiller en cas d'infection puerpérale. »

La question est alors scindée. Aux études d'ensemble succèdent un grand nombre de travaux de détail. Indications dans la péritonite généralisée. (Jeannin), dans la thrombo-phlébite, dans les affections annexielles ; valeur de l'examen bactériologique des

lochies, hémoculture, recherches sur la composition du sang, sa teneur en urée.

Les points de détail clinique sont repris successivement. Les auteurs insistent sur la valeur du faciès, du frisson, de la douleur utérine, de la mobilité du diaphragme, de la tension artérielle. On tend à séparer le post-partum du post-abortum. La valeur pronostique de la courbe thermique après le curettage est refusée par Vanverts. L'opportunité du curettage se pose elle-même.

Nous reviendrons en détails sur ces points dont l'étude constitue à proprement parler l'objet de notre thèse.

A ces points de vue divers, Cadenat en oppose un seul : l'infection puerpérale est primitivement locale, avant d'être générale. La notion de conservation est secondaire en égard à la gravité de l'affection. Les risques de choc sont minimes en raison de la possibilité d'anesthésie au chlorure d'éthyle et en raison de la rapidité de l'intervention.

Il faut donc enlever l'utérus comme on enlève un membre gangréné lorsque les tentatives de conservation ont échoué.

Les accidents infectieux survenus après un accouchement à terme ou voisin du terme, s'ils s'accompagnent de réaction abdominale, d'empâtements des culs-de-sac ne permettent pas l'hésitation. Seul, l'évolution subaiguë, l'hémoculture positive un streptocoque hémolytique peuvent contre-indiquer l'intervention.

Cette conduite à tenir est loin d'avoir rallié tous les membres du Congrès.

L'idée de sacrifice délibéré, ne pouvait pas ne pas rappeler au professeur Brindeau les beaux résultats que permit d'obtenir pendant la guerre la chirurgie

conservatrice. L'expérience de nombreuses guérisons obtenues par le traitement médical doit faire hésiter à mutiler de parti pris. Enfin les difficultés particulières de l'hystérectomie vaginale dans le post-partum peuvent aussi constituer un élément d'hésitation.

Et le professeur J.-L. Faure pouvait-il constater qu'il n'avait pour sa part aucune modification à apporter à la règle qu'il avait adoptée il y a vingt ans : le doigté, l'expérience, l'impression personnelle conservent jusqu'à nouvel ordre tous leurs droits.

Il semble en résumé que si l'hystérectomie vaginale ne rencontre plus guère de grands opposants, elle conserve encore de très nombreux hésitants.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes permis d'entreprendre ce travail.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Perforation utérine. — Hystérectomie vaginale. — Guérison

Mme A..., 22 ans.

Maternité, M. Bonnaire, M. Brindeau.

Primipare, entrée le 1^{er} février 1911.

Dernières règles du 1^{er} au 4 juin.

Grossesse de huit mois environ.

21 février à 2 h. 30. Apparition des premières douleurs

Examen. — Plaques d'ecthyma.

Sommet engagé en O. I. D. P.

Bruits du cœur normaux.

Dilatation : 2 francs.

Poche des eaux rompue.

3 h. 30 : dilatation complète.

4 heures : accouchement normal, enfant 2 kgr. 650.

Délivrance naturelle et complète.

27 février. — T. 29°6. Pouls 108.

Glace sur le ventre.

Passage à l'isolement.

Lavage intra-utérin iodé.

28 février. — Deux injections à basse pression de 30 litres.

Empâtement des culs-de-sac.

1^{er} mars. — Même état.

2-3 mars. — Injections vaginales chaudes de 3 et 4 litres.

7 mars. — L'induration et la douleur ont presque complètement disparu. Utérus très mou le col, et presque complètement fermé. On dilate le col à l'aide de la bougie d'Hegar et on pose un drain dans lequel on introduit de la teinture d'iode.

Le soir : 37°8.

8 mars. — T. matin : 37°6 ; soir 37°5.

9 mars. — Chute du drain. T. 37°2. Pouls 106.

Brusquement à midi, frisson. T. 40 ; le soir, T. 40°6.
pouls 100.

Nouveau drain. Injection intra-utérine iodée.

10 mars. — T. 39. P. 102.

On enlève le drain, attouchement de l'utérus à l'essence de térébenthine, utérus gros et mou.

Glace sur l'abdomen.

Lochies rosées.

12 mars. — T. 38°2. P. 82.

13 au 18 mars. — La température oscille entre 37°3 et 38°3.

Le 18 mars. — T. 38°4, le matin ; 38°9 le soir ; pouls 92.

19 mars. — En raison du volume persistant de l'utérus on fait de nouveau un attouchement à la térébenthine : le col est perméable, on introduit d'emblée le n° 13 des bougies de Hegar. Pour se rendre compte de la direction et de la profondeur de l'utérus, on introduit une sonde métallique de Budin, sans aucun effort et sans qu'on éprouve la moindre résistance on voit le sonde disparaître presque entièrement. Il ne semble pas douteux qu'il y ait perforation utérine. La malade n'est pas endormie et n'accuse aucun douleur. Pas de pertes de sang. Repos. Glace sur l'abdomen. Sérum, morphine.

A 3 heures, léger frisson 39°2.

A 6 heures, frisson violent, 39°8.

On pratique une injection de morphine. Ventre souple. Pas de vomissements.

10 mars. — T. 39°7. Pouls 104.

Intervention. Anesthésie : Chloroforme. Le toucher intra-cervical permet d'atteindre à deux centimètres environ au-dessus du col un orifice circulaire perforant en arrière. On pratique une hystérectomie vaginale, l'opération est rendue extrêmement difficile par la fragilité et la mollesse de l'utérus qui se déchire sous les pinces, on ne peut faire une opération régulière et on est obligé de multiplier le nombre des pinces à demeure. Hémorragies successives.

Durée trente minutes. Temponnement à la gaze iodoformée.

Au cours de l'intervention on note qu'un peu de pus s'écoule du fond de l'utérus semblant provenir de l'épaisseur même du muscle utérin. La pièce est tellement déchiquetée qu'il est difficile d'en vérifier les lésions.

Suites. — Sérum. Huile camphrée ; à 3 heures, 37°1.
Pouls 88.

21 mars. — 39°2. Pouls 100.

22 mars. — On enlève les pinces vaginales.

26 mars. — Pansement vaginal.

30 mars. — T. 39°3. Pouls 83.

8 avril. — T. 39°8, vomissements. Pouls 96.

13 mai. — La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — Infiltration inflammatoire générale de la paroi utérine, au maximum dans la muqueuse et son voisinage, allant en diminuant à mesure que l'on s'en éloigne, pour disparaître presque complètement au niveau de la couche musculaire sous-péritonéale. Cette infiltration suit particulièrement les voies vasculaires et péri-vasculaires mais pénètre aussi dans l'intérieur des faisceaux sous forme de minces traînées.

La muqueuse est transformée en une nappe inflammatoire au sein de laquelle les éléments glandulaires, dissociés, sont peu reconnaissables. Plus profondément on trouve des vaisseaux ou parois épaissies en transformation fibreuse, qui, les unes ont une lumière en voie d'oblitération, les autres complètement oblitérées et dont leur forme seule trahit l'origine.

Par places, quelques foyers hémorragiques épars.

En dehors des points fortement infiltrés, ce tissu conjonctif inter-fasciculaire augmente de volume, séparant largement les uns des autres les faisceaux musculaires. En quelques points — simple œdème interstitiel. Par endroits vraie sclérose avec hypertrophie les plus conjonctives. Ces lésions conjonctives se retrouvent également dans l'intérieur des faisceaux musculaires. Ceux-ci, par place normaux, sont fortement altérés. Les cellules musculaires dégénèrent, perdant leurs colorations caractéristiques, leur noyau persiste, mais le protoplasma devient lacunaire. Cependant les minces fibrilles qui séparent les fibres musculaires, s'épaississent et constituent un réseau relativement épais, dans les mailles duquel on retrouve, soit des fibres musculaires dégénérées, soit simplement des noyaux musculaires semblant avoir perdu leur protoplasma.

Dans les points plus avancés les traînées conjonctives s'épaississent, ouvrent les mailles, et l'on ne trouve plus

que des nappes fibreuses dans lesquelles sont perdus des noyaux musculaires.

Ces altérations musculaires au premier et deuxième degré sont très abondantes, surtout dans la zone moyenne. Celle du dernier degré dans l'épaisseur des parois vasculaires en transformation fibreuse.

OBSERVATION II (professeur Brindeau)

P... J., 31 ans.

Fausse couche de trois mois et demi.

Utérus en rétroversion. *Péritonite*. Hystérectomie vaginale. Mort.

Antécédents personnels, 1906. — Accouchement à terme.

1910. — Enfant vivant. Suite de couches normales.

1911. — Enfant vivant. Suites de couches normales.

Dernières règles. — 8-12 juillet.

Le 2 novembre à 16 heures, tombé sur le siège en descendant l'escalier du métro, ressent une violente douleur au bas-ventre et apparaissent dans la nuit des pertes très abondantes.

Le 3 novembre à 8 heures. La malade est admise à la Pitié. Service 8, puis passée à la Maternité. A l'examen, l'abdomen semble augmenté de volume. On sent la vessie pleine, la malade n'a pas uriné depuis l'accident.

Toucher. — Le col est sous la symphyse. Le corps utérin est basculé dans le cul-de-sac postérieur; volume de l'utérus correspondant à l'âge de la grossesse.

T. 37°4. Pouls 90.

On doit sonder la malade toutes les trois heures.

Le 5 novembre, T. 39°6. La malade ressent de violentes douleurs lombaires. Dans la nuit du 5 au 6, elle avorte en deux temps. Embryon sphacélé avec déchirement de la paroi abdomino-thoracique gauche.

Le 6 novembre, la température tombe à 38 degrés mais de violentes douleurs persistent.

Le 7 novembre, T. 37,4 le matin, 37,6 le soir. Pouls 90 à 100.

L'abdomen est très douloureux. Les urines sont foncées, fortement odorantes.

Défense musculaire très marquée, pas de matité dans les flancs.

Ni matières, ni gaz.

Dans la journée, 2 vomissements à la suite d'ingestion de tisane.

Le 8 novembre, T. 37,6. P. 104. Abdomen météorisé, contracture généralisée. Matité dans les flancs. Pas de vomissements. Langue humide. Etat général assez bon.

12 h. 30. — Hystérectomie vaginale.

Donne issue à du pus très abondant, il y a des adhérences difficiles à rompre.

L'examen de l'utérus montre les zones de sphacèle très étendues.

Le 9 novembre, T. 37. P. 110. Etat général assez bon, le ventre reste ballonné.

Le 11 novembre, on enlève les pinces.

Le 12 novembre, l'état général s'aggrave subitement et la malade succombe à 2 heures du matin.

OBSERVATION III

(Professeur Brindeau)

Péritonite. — Hystérectomie vaginale. — Mort

M. L. C..., 29 ans, VI-pare.

Femme accouchée et délivrée en ville.

Réglée à 17 ans. Quatre enfants vivants. Un mort-né et un autre mort à 15 mois. Suites de couches normales.

Le dernier accouchement à terme. Accouchée et délivrée en ville sans assistance médicale.

A l'entrée pavillon Siredey T. 39, P. 120. Faciès *grippé*. Ventre ballonné, utérus gros, mou, douloureux. Lochies extrêmement fétides.

Injection vaginale d'eau iodée. Huile camphrée, glace sur le ventre.

Le soir, apparaissent des vomissements porracés, de violentes douleurs abdominales : ni matières ni gaz.

Le 20 novembre, état général très grave. T. 39,8, Pouls à 120.

Le professeur Brindeau décide de pratiquer une hystérectomie vaginale. Anesthésie à l'éther.

L'utérus est volumineux mais se laisse facilement amener. Ecoulement de liquide purulent très abondant. Pinces à demeure.

A 13 heures, suintement en nappe qui oblige à refaire le tamponnement. Huile camphrée.

Décès dans la soirée.

OBSERVATION IV

(Professeur Brindeau)

Avortement gémellaire. — Fibrome utérin.

Hystérectomie vaginale. — Guérison

M. L..., 32 ans.

Réglée à 12 ans. Depuis quelques années, règles de plus en plus abondantes.

Première grossesse 1917, fausse couche 2 mois, suites normales.

Deuxième grossesse 1919, fausse couche 5 mois, suites normales.

Dernières règles du 22 au 30 mai 1920.

Samedi 18 septembre, avortement gémellaire suivi d'une violente hémorragie.

L'examen pratiqué en ville montra un premier placenta dans le vagin, le second partiellement décollé, fortement adhérent dans sa partie postérieure. Décollement difficile. Tamponnement.

La température monte et atteint 40 degrés deux jours après.

Le 20 septembre, la malade entre à l'hôpital.

Examen. — Lochies très fétides. Utérus pas très gros. Le doigt introduit dans l'utérus, facilement, atteint une masse du volume d'une petite mandarine occupant la face postérieure de l'utérus.

Etat général assez bon.

Le lendemain, même état grave. T. 40.

Le 22 septembre, le professeur Brindeau pratique l'hystérectomie vaginale.

Intervention assez longue du fait d'adhérences. Pincés à demeure.

Le 27 septembre, on enlève les pincés.

Le 30 septembre, T. 37.

La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — Fibrome en voie de sphacèle.

OBSERVATION V

(Professeur Brindeau.)

*Infection puerpérale post-partum. — Hémoculture positive
Hystérectomie vaginale. — Mort*

M. F..., 22 ans, entrée à la salle de travail, 3 juin.

Antécédents personnels. — Primipare, réglée à 16 ans.

Dernières règles du 5 au 10 août 1919. Hauteur 1 m. 29. Présentation sommet en droite transverse. Dilatation très lente, rupture artificielle des membranes. Période d'expulsion très longue.

Actuellement le 6 juin, enfant pesant 2.780 grammes. Délivrance naturelle et rétention partielle du caduque.

7 juin. — Frisson, la température monte à 39° 8. P. 100.

Curettage. La curette ramène quelques débris de caduque. Lavage iodé. Ecouvillonnage à la glycérine iodée. Tamponnement à la gaze iodoformée.

8 juin. — T. 39° 8. P. 100.

9 juin. — T. 40° 2. P. 120.

Prise de sang. Hémoculture positive. Streptocoque pur.

10 juin. — Semblant d'amélioration. T. 38 degrés.

11 juin. — T. 40 degrés. P. 100.

Hystérectomie vaginale par le professeur Brindeau. Anesthésie au chloroforme.

Désinsertion du vagin, décollement de la vessie. Hémisection progressive, abaissement de l'utérus rendu très pénible en raison du volume de l'utérus et de sa grande friabilité. Pincés sur les pédicules. Ceux-ci sont particulièrement difficiles à saisir, les premières pincés dérapent. Mèche.

12 juin. — La température baisse légèrement, 40 degrés.

13 juin. — Même état.

14 juin. — T. 39° 2.

15 juin. — T. 39° 8, mauvais état général.

16 juin. — Hémorragie abondante. Tamponnement.

20 juin. — Mort.

Examen de la pièce. — Utérus très volumineux, mou, friable, la cavité utérine est remplie d'une bouillie grisâtre. Veines thrombosées. Frottis, streptocoque.

OBSERVATION VI

(Professeur Brindeau.)

Infection puerpérale grave post-partum *Hystérectomie vaginale. — Mort*

M. A..., 30 ans, entrée au pavillon Siredey, Hôpital de la Pitié, 23 décembre 1921.

V-pare, 4 enfants vivants, suites de couches normales.

Accouchée et délivrée en ville le 15 décembre.

T. 39°8. Faciès grippé, état général médiocre. P. 110.

La malade ne parle pas le français, il est difficile d'avoir des renseignements. L'utérus est gros, mou, lochies très fétides.

Hystérectomie vaginale le 27 décembre à 16 heures. Anesthésie rachidienne, presque parfaite, une bouffée de chlorure d'éthyle est cependant nécessaire au moment de basculer l'utérus.

La muqueuse vaginale est difficile à décoller, dans le décollement antérieur la vessie semble intéressée. L'utérus est très friable, mais l'abaissement est facilité par l'emploi de pinces à mors larges et plats.

Pas de liquide dans le ventre.

L'utérine droite dérape sous la pince, nouvelle prise.

La tranche de section saigne en nappe à gauche, mèche, sonde à demeure.

28 décembre. — T. 39°5 le matin.

T. 38°2 le soir, pouls 126.

Etat général très mauvais, sérum adrénaline, la sonde à demeure fonctionne.

29 décembre. — T. 39°8, le matin.

T. 38 degrés le soir, pouls incomptable. Mort dans la nuit.

Examen de la pièce. — La cavité utérine est augmentée de volume. Utérus très mou. A la section, odeur fétide, la zone d'insertion placentaire est noire, sphacelée. Les veines sont thrombosées. Petits polypes sphacelés.

OBSERVATION VII

(Professeur Brindeau.)

*Infection puerpérale post-partum. — Hystérectomie
vaginale. — Mort*

M. D..., 26 ans. Primipare.

Dernières règles, 6 au 10 septembre.

La malade entre à l'hôpital pour infection suites de couches.

20 juin 1921. — A l'entrée, T. 40° 4. P. 136.

L'accouchement a nécessité une application de forceps. Délivrance artificielle.

Dès le lendemain, frisson, fièvre, le médecin a pratiqué un curettage. L'état de la malade restant grave, la température très élevée : envoi à l'hôpital.

A l'examen : utérus gros, mou, douloureux, col béant, culs-de-sac empâtés.

21 juin. — Injection vaginale, glace sur le ventre.

T. le matin, 40° 6. P. 120.

T. le soir, 38° 4. P. 130.

22 juin. — Hystérectomie vaginale.

L'utérus mou, gros, très friable, l'intervention est difficile du fait de cette friabilité, l'abaissement est pénible. Pincées à demeure.

23 juin. — T. 40 degrés le matin.

T. 40° 2 le soir.

24 juin. — Etat général très grave, mort dans la nuit.

Examen de la pièce — Utérus gros, mou, friable, muqueuse utérine grisâtre, odeur putride.

OBSERVATION VIII

*Infection puerpérale post-abortion. Fibromes, sphacèle
Hystérectomie vaginale*

G. T..., 36 ans. Dernières règles : imprécises. Règles modifiées depuis février.

Entrée à la maternité le 15 juin à 20 heures, expulsion d'un fœtus macéré de 1500 grammes quinze minutes après. Le placenta pesant 100 grammes. Hémorragie.

Dans les jours suivants, quelques frissons, douleurs dans le bas ventre. Lochies peu abondantes.

18 juin. — Quelques vomissements, d'abord alimentaires, puis porracés, ni matière ni gaz; depuis deux jours, ventre ballonné et douloureux. T. 39° 9. P. 120.

Utérus gros, mou, culs-de-sac empâtés. Hystérectomie vaginale. Rendue difficile par l'extrême friabilité de l'utérus qui se laisse difficilement abaisser. Dans le fond de l'utérus on sent un petit fibrome du volume d'une noix.

Au moment de faire basculer, l'utérus est retenu par un fibrome pédiculé du volume d'une petite mandarine. A l'ouverture des culs-de-sac vaginaux il s'écoule un liquide rous-sâtre, d'odeur fétide. Pincés à demeure.

Suites opératoires. — Dès le lendemain la température baisse, mais les signes généraux s'aggravent, langue rôtie, sueurs profuses, mort.

Examen de la pièce. — Utérus gros, mou, sur son fond deux fibromes, dont l'un se rattache par un long pédicule plusieurs fois tourné sur lui-même. Le fibrome est en voie de sphacèle. Le péritoine est recouvert d'un enduit grisâtre.

OBSERVATION IX

(Professeur Brindeau)

*Infection puerpérale post-partum. Hémoculture
Streptocoque pur. Hystérectomie vaginale. Mort*

M. C..., 28 ans. Primipare.

Dernières règles, 28 et 31 août.

Entre à Beaujon le 22 mai 1920.

T. 39 degrés. Pouls 110.

Utérus gros, mou, abdomen douloureux.

La malade a été accouchée et déchirée en ville par une sage-femme.

Curettage dès l'entrée (Lecointre) suivi d'un écouvillonnage créosoté lavage utérin, iode. Tampon iodoformé.

	Matin		Soir	
24 juin	39° 4	P. 100	40°	120
25 juin	39° 8	P. 100	39° 9	100
26 juin	39°	P. 108	39° 2	120

La malade est profondément infectée, facies pâle. Diarrhée profuse.

27 juin. — 39 degrés. P. 100. Injection de collobiase d'or.

28 juin. — Hémoculture, culture pure de streptocoque.

T. 39°8. P. 120.

Abdomen douloureux, météorisé, frisson intense à midi. Facies plombé, état général guérie.

Hystérectomie vaginale, à l'ouverture du cul-de-sac vaginal, quelques cuillerées à soupe de liquide louche.

Intervention difficile du fait d'asthémie qui gênent l'abaissement, elle est néanmoins rapide. Pincés à demeure. Sérum glucosé, huile camphrée.

29 juin. — L'état général ne s'améliore pas.

30 juin. — Mort.

Examen de la pièce. — Utérus gros, mou, infiltration purulente, muqueuse sphacelée.

OBSERVATION X

(Professeur Brindeau)

Infection puerpérale post-abortionum
Fibrome sphacelé du fond de l'utérus
Hystérectomie vaginale. Guérison

M. P..., 38 ans. Secondipare.

Entrée à l'hôpital Beaujon le 16 juillet 1920 pour hémorragie interne.

Dernières règles le 22 et 26 février. Hauteur utérine, 16 centimètres. Grossesse de quatre mois et demi.

17 juillet. — T. 38°8.

On pose un ballon de Champetier à 21 h. 30, expulsion du ballon muni de celle d'un fœtus de 1080 grammes.

18 juillet. — Expulsion du placenta pesant 450 grammes et paraissant complet.

19 juillet. — Légère réaction abdominale.

T. 38° 2.

20 juillet. — Douleurs abdominales, nausées.

21 juillet. — Ni matières, ni gaz, douleurs abdominales violentes, vomissements porracés, abdomen météorisé, grosse

réaction abdominale. Utérus est gros, mou, douloureux, culs-de-sac légèrement empâtés.

Hystérectomie vaginale, professeur Brindeau. Opération facile. Pas d'adhérences. Utérus se laisse abaisser. Pas de liquide à l'ouverture des culs-de-sac. Pincés à demeure.

20 juillet. — On enlève les pincés.

24 juillet. — T. 37 degrés.

Au vingt-troisième jour la malade est sortie guérie.

Examen de la pièce. — Utérus est gros, la cavité utérine est recouverte d'un enduit grisâtre. Petit fibrome sphacèle du fond de l'utérus.

OBSERVATION XI

(M. Robineau.)

*Hystérectomie abdominale pour infection grave. — P. A.
Perforation possible. — Décès*

M. R. J..., 25 ans.

Entre le 25 mai 1921. T. 38. P. 110. Abdomen météorisé; douloureux. Quelques vomissements alimentaires.

Le soir même T. 40. P. 128. Faciès grippé, frisson.

27 mai. — On décide de procéder à l'hystérectomie. Anesthésie à l'éther.

L'utérus gros et mou. Les trompes laissent couler du pus goutte à goutte dans le péritoine. Pas d'adhérences.

Hystérectomie totale, en ayant soin de ne placer aucun tracteur sur l'utérus.

On laisse le vagin ouvert. Drain.

L'examen de la pièce montre la présence d'un gros fragment placentaire sphacelé. Toute la paroi postérieure de l'utérus est sphacelée, mais il n'y a pas de perforation. Lésions doubles de salpingite suppurée.

Le 29, mort.

L'hystérectomie vaginale était possible peut être même préférable (Robineau).

OBSERVATION XII

(Dr Robineau.)

Infection puerpérale post-abortion. — Indication méconnue de l'hystérectomie vaginale

R... C., 38 ans. Entrée à l'hôpital le 23 novembre 1919.

A fait une fausse couche de deux mois et demi il y a dix jours. T. 39°2 V.

Hémorragie utérine peu abondante, col ouvert.

Le curage digital pratiqué, ramène de gros débris placentaires sphacelés, au total le volume d'une mandarine, odeur des plus fétides.

24-25 novembre. — Température tombe, mais remonte ensuite à 39. Pertes abondantes et fétides.

26 novembre. — T. 40°2, elle se maintient les jours suivants aussi élevée. Etat général très grave. Faciès plombé. On met un drain dans l'utérus. On le change tous les jours. Pus en abondance.

Cinq ou six grands lavages sont pratiqués avec de l'eau oxygénée.

Le pouls oscille de 120 à 130.

4-5 décembre. — Injection d'or colloïdal intra-veineux.

5 décembre au soir, mort.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion péritonéale. L'utérus est énorme. Sur la muqueuse on trouve par places des plaques sphacelées. Au raclage on ramène une bouillie grisâtre de pus. Tous les autres organes sont normaux macroscopiquement.

Il y avait indication à l'hystérectomie mais elle a été méconnue.

OBSERVATION XIII

(Dr Robineau)

Hystérectomie à la suite d'infection puerpérale P. A. — Diagnostic établi de phlébite utérine basée sur la présence d'embolie pulmonaire. — Hystérectomie abdominale. — Guérison.

Mme...

5 octobre. — La malade fait une fausse couche de six semaines environ. Depuis elle perd constamment.

Métrorragie abondante et à répétition. Vomissements. Céphalée.

20 octobre. — Trois frissons violents, durant chaque fois un quart d'heure.

21 octobre. — Nouveaux frissons.

22 octobre. — Encore une série de frissons. Entrée à l'hôpital, le 23. Col mou, ouvert. Utérus gros. T. 39° 6.

24 octobre. — Métrorragie abondante. Tamponnement.

26 octobre. — Nouvelle hémorragie, la température est à 38° 6.

30 octobre. — Curettage. Dilatation du col. A peine la curette est-elle introduite dans le corps qu'une hémorragie extrêmement abondante se déclare.

31 octobre. — Hémoptysie. Deux petits caillots de sang sont rejetés. La température monte d'heure en heure.

1^{er} novembre. T. 41° 3. On fait le diagnostic de phlébite avec localisation. Frisson d'une heure, extrêmement violent. Pouls filant. Etat général très grave. Sueurs profuses.

2 novembre. — Intervention *in extremis*. Hystérectomie abdominale totale. Laparotomie médiane. Dissection du pédicule utéro-ovarien droit. Hystérectomie totale. On laisse un ovaire à gauche. Péritonisation sans suture du vagin. Drain abdominal.

Suture de la paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Pendant cinq, six jours, T. 40 degrés. Pouls petit, rapide. Le 7 au matin, T. 37° 2, oscille entre 37° 2 et 38° 2 jusqu'au 24 novembre où elle tombe à la normale.

20 novembre. — La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — Légère rétention placentaire. Sphacèle de la muqueuse dans le segment inférieur de l'utérus. Veines thrombosées au niveau de la corne droite et dans le pédicule de l'ovaire droit.

OBSERVATION XIV

(Robineau)

Malade réglée à 17 ans, entre pour une fausse couche de trois mois et demi, le 14 mars 1922.

Antécédents. — Pas de fausses couches. Petite fille de 7 mois 1/2.

Curettage le 17, troisième jour. Débris extrêmement fétides, mais en petite quantité. Pas de drains.

Aucun signe de propagation annexielle, ni aucun signe de réaction péritonéale.

Le 19 mars, facies bon, pouls en rapport avec la température : 38°8. Lochies fétides, utérus gros, mou, rien de perceptible latéralement ni en arrière.

Léger ballonnement abdominal, ventre souple indolore.

Dans la soirée le ballonnement augmente, sans réaction douloureuse le visage s'est altéré et le décès est survenu insidieusement dans la nuit.

Autopsie. — Les deux trompes sont gangrénées et versent du pus dans le ventre, libre de toute adhérence, sans réaction du péritoine.

Si le diagnostic avait pu être établi, l'hystérectomie était indiquée dès le 19.

C'est un exemple fort intéressant de septicémie péritonéale, sans péritonite, à marche suraiguë, par suppuration putride dans les trompes perméables. Propagation probable de l'infection par la muqueuse.

OBSERVATION XV

Fibrome infecté de l'utérus gravide, avec péritonite généralisée, enlevé par hystérectomie, par le Dr Eardley Holland, de la maternité de Londres.

Multipare, âgée de 35 ans. Admise à l'hôpital le 19 novembre 1919.

Enfant pesant 2 kilos, ne vit qu'un jour. Après l'accouche-

ment l'utérus reste très gros, la délivrance ne se fait pas, on n'intervient pas.

Trois jours après on fait la délivrance artificielle. Au cours de cette manœuvre on constate la présence d'un fibrome dont la malade n'avait jusqu'alors accusé aucun symptôme.

Elle est bientôt prise de douleurs abdominales très violentes, des vomissements. La température est très élevée, tous les symptômes de la péritonite généralisée.

Laparotomie. Péritonite généralisée, hystérectomie sub-totale.

La face antérieure de l'utérus présentait deux perforations qui laissaient sourdre du pus. Gros fibrome sphacelé.

Trente-six heures après, mort.

RÉSUMÉ

Nous publions 15 observations, 14 sont inédites, une vient d'être publiée dans le *Journal of gynecology et obstetric of de British Empire*.

Dans 13 cas l'hystérectomie a été pratiquée.

Dix fois la voie vaginale a été choisie.

Trois fois la voie abdominale.

Une fois l'abstention a été regrettée par l'auteur en raison de la découverte nécropsique de lésions localisées, sans aucune lésion viscérale.

Une fois la mort est survenue insidieusement dans une forme d'infection paraissant peu sévère.

Une fois (Robineau) pense que la voie vaginale eût été préférable.

Dans les deux autres cas, la voie haute a été choisie parce que le diagnostic de thrombo-phlébite avait été posé, et qu'il s'agissait d'un volumineux fibrome utérin.

Dans le cas où l'hystérectomie n'a pas été pratiquée : mort.

Dans les 13 cas où l'intervention a été décidée, on a obtenu 4 guérisons, soit 32 o/o de succès.

Sept fois il s'agissait d'infection P. P.

Sept fois d'infection P. A.

L'examen des pièces enlevées opératoirement ou les constatations nécropsiques ont montré :

4 fibromes de l'utérus sphacelés : 2 guérisons.

2 perforations utérines : 1 guérison, 1 mort.

5 lésions graves de la muqueuse et du muscle utérin : 5 morts.

4 péritonites généralisées : 3 morts, 1 guérison.

L'intervention a été pratiquée :

Quatre fois le lendemain du début de l'infection (infection aiguë) : 4 morts.

Une fois le troisième jour. Péritonite, mort.

Dans 4 cas seulement l'indication opératoire a été posée sur des signes cliniques précis : une fois une perforation, deux fois un fibrome, une fois thrombophlébite.

Dans notre observation XI, le Dr Robineau pose le diagnostic en raison des hémoptysies survenant au cours de l'infection.

Cinq fois on a été amené à intervenir par les signes de péritonite généralisée.

Dans 4 cas, c'est la marche suraiguë de l'infection, premier, deuxième, troisième jour pour le P. P., deuxième jour P. A.

Deux fois l'indication a été donnée par le faciès et l'état général.

Dans notre observation XII, infection survenue au dixième jour d'un avortement, l'absence de signes cliniques firent hésiter à recourir à l'hystérectomie. La découverte nécropsique de lésions localisées à l'utérus inclinèrent l'auteur à penser qu'il aurait fallu intervenir malgré tout.

CHAPITRE III

Gravité des infections puerpérales Valeur comparée des statistiques

Il serait intéressant pour juger la valeur d'une conduite thérapeutique de comparer les statistiques publiées par les différents auteurs interventionnistes et abstentionnistes.

Si nous considérons par exemple la statistique de Barsony, de Budapest nous trouvons 34 décès pour 539 infections puerpérales, soignées par le mercure. Le Dr Souligoux, qui pratique systématiquement le curage dans tous les cas où il semble y avoir rétention et qui préconise les injections intra-musculaires de 1 centigramme de cyanure de Hg tous les deux jours et les instillations intra-utérines d'éther accusait, en 1907, 34 décès sur 539 infections puerpérales. Il a eu l'obligeance de nous communiquer les résultats de sa pratique au cours de ses trois dernières années :

1913	113 infections P. A.	1 mort
1920	135 —	3 morts
1921	125 —	3 morts
1922 (5 mois)	26 —	1 mort

La plupart de ces infectées le sont très légèrement et les deux tiers des malades ne séjournent à l'hôpital qu'une huitaine de jours.

D'autres auteurs accusent une mortalité de 50 o/o,

Fabre. 56 o/o Moygnier. Cotte dans son rapport donne une moyenne de 10 o/o. M. le professeur Brindeau rappelait au dernier Congrès des Gynécologues de langue française qu'il avait observé 175 cas d'infections graves. Sur les 175, 140 ont guéri par les procédés ordinaires, 5 par des procédés chirurgicaux. Et l'auteur ajoutait : « nous savons, nous accoucheurs, ce que nous entendons par infection grave ». Il faut tenir grand compte de cette notion, car il est impossible de comparer des grandeurs d'unités différentes.

Le D^r Robineau dans un rapport qu'il a bien voulu nous communiquer, a distingué dans les 53 cas qu'il a observé, formes graves (T. à plus de 39 degrés, frissons et formes légères).

Premiers cas : 22 guérisons sur 5 décès.

Deuxième cas : 26 guérisons sur 26 malades.

Si nous rapprochons de ces statistiques celles des auteurs qui ont traité les accidents d'infection puerpérale par l'hystérectomie, nous obtenons :

Cas publiés à la Société de Chirurgie de 1899 à 1901.

Tuffier.....	7 cas	4 guérisons
Picqué.....	1 —	1 —
J.-L. Faure.....	7 —	1 —
Richard.....	5 —	0 —
Terrier.....	10 —	1 —

Bonamy dans sa thèse a rassemblé 31 observations d'hystérectomie avec 20 guérisons et 11 morts.

Mouchotte compte sur 30 cas d'hystérectomie pour infection P. A. seulement, 17 guérisons et 13 morts.

Le D^r Robineau a fait entre 1903 et 1908 9 hystérectomies, 4 P. A., 5 P. P. Deux guérisons.

Dans le travail de Morgenstern, on trouve 11 observations d'intervention et 4 guérisons.

Nos observations donnent 13 cas, 4 guérisons.

En résumant ces chiffres, en ajoutant ces résultats aux précédents, on arrive au total de 85 cas d'infection puerpérale traités par l'hystérectomie avec 34 guérisons, soit 40 o/o de guérison.

Il est impossible d'attribuer à ces chiffres une valeur absolue, ils sont même très relatifs. De si nombreux facteurs sont en jeu qu'il est difficile par les chiffres d'arriver à une conclusion. Cependant ils permettent d'insister sur la grande mortalité dans les cas de fièvre puerpérale grave et sur le pourcentage encourageant des guérisons obtenues par l'hystérectomie. Il faut différencier les résultats des statistiques personnelles, celles-ci seules intéressantes, des statistiques globales.

CHAPITRE IV

Eléments et pronostic de l'infection puerpérale

On a pu prétendre avec quelque raison que les résultats du traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie étaient faussés dans une large mesure. Dans beaucoup de cas, on n'a eu recours à ce procédé que comme un pis aller, trop tard, parce que la malade semblait perdue. Dans ces conditions si les résultats sont peu encourageants, il eut été impossible d'en obtenir de meilleurs.

En effet, nous avons essayé de montrer qu'au cours des nombreuses discussions à ce sujet, le principe même de l'intervention n'est que peu discuté. C'est la question de l'indication, qui est toujours en cause.

Mouchotte se proposait d'essayer de tirer des faits cliniques des indications. Il n'y est pas parvenu. La question du tôt ou du tard n'est qu'un autre aspect du même problème.

Dans quels cas faut-il intervenir ?

Quand faut-il intervenir ?

On peut opposer à la gravité de l'affection la bénignité relative de l'acte opératoire. Faut-il se décider à enlever l'utérus comme on ampute un membre gangrené, « quand toutes les tentatives de conservation ont échoué ».

Nous pensons que l'on ne peut s'opposer à cette

manière de voir. Mieux vaut un sacrifice partiel que la mort. Si l'hystérectomie est susceptible de sauver une vie menacée, si c'est la thérapeutique la plus active que nous puissions mettre en œuvre, même en oubliant que le shock, si minime soit-il, est susceptible de « donner le coup de pouce » on ne peut hésiter à mutiler une femme même jeune.

Le professeur Brindeau pouvait répondre que sur 175 infectées graves, traitées en trois ans, 140 ont guéri par les moyens médicaux, 5 seulement par les moyens chirurgicaux. Et il ajoutait : « si ces 140 puerpérales avaient été traitées par des chirurgiens, nous aurions à déplorer la perte de 140 utérus, ce qui n'est pas négligeable. »

La difficulté reste entière et il reste toujours à déterminer la gravité de l'infection puerpérale — son pronostic — et le moment où les moyens classiques ont échoué.

Rien n'est plus difficile que de préciser ces dernières.

Le Dr Robineau rapportait dans un récent travail, que sur 22 infectées graves soignées par lui à la crèche de Tenon, il en observa six, dans un état tel qu'il ne croyait pas « les retrouver vivantes le lendemain de leur entrée, dont l'existence est restée en suspens pendant une semaine et plus et qui ont guéri », et l'auteur ajoute : « autrefois, je leur aurai enlevé l'utérus d'emblée, je ne crois pas que j'aurai eu six succès ».

Et dans d'autre cas, au contraire, la mort paraît imputable à l'abstention. Pinard, en 1903, rapportait 2 cas de fibromes sphacelés dont l'ablation eut peut-être sauvé la malade.

Robineau a observé un cas de salpingite filtrant du pus dans le péritoine. Nous publions trois nouveaux

exemples de cas où les lésions locales utérines trouvées *post-mortem* ont fait regretter l'abstention.

Nous allons essayer de montrer les signes qui déterminent le pronostic de l'infection puerpérale, de par les indications de la clinique, du laboratoire.

Au point de vue clinique, deux facteurs sont à considérer :

α) Forme et intensité de l'infection ;

β) La résistance individuelle de l'organisme.

Nous étudierons la fièvre, le pouls, les frissons, faciès, la durée d'incubation, la rétention placentaire, l'état du globe utérin.

Ce sont les signes classiques, ordinaires, il faut leur ajouter l'aspect des pertes, la tension artérielle, le signe de Delbet.

La valeur de ces signes ont fait l'objet des discussions à la Société de Chirurgie de 1901.

Nous ne ferons que passer rapidement sur ces signes.

Signes généraux

La température. — Elle a été considérée à deux points de vue.

I. — Plus rapide ont été les accidents, plus grave est le pronostic et nous trouvons là une indication pour intervenir précocement (Cadenat). Mouchotte, cependant, a réuni de nombreuses observations où le thermomètre atteignait 40 et plus, le lendemain de l'accouchement ou de l'avortement et où la fièvre cédait à un curettage ou lavage. D'autre part, l'examen de nos observations III-XII montre que dans le premier cas huit jours se sont écoulés entre le début des accidents infectieux, 39°2. Dans le second dix jours, 39°2.

La température basse dénote le plus souvent la bénignité de l'affection. Le Dr Robineau dans son rapport a divisé les cas non graves, ceux où la température n'a pas dépassé 39, ou ne l'a dépassée qu'un seul jour, et ceux où la température s'est élevée et s'est maintenue au-dessus de 39.

Les 26 malades qui entrent dans la première catégorie ont toutes guéri dans un délai de huit jours à deux mois. Pour les autres, 22 ont guéri, 5 sont mortes. La durée de l'hospitalisation a été en moyenne de trente-sept jours.

Pour la courbe thermique, même imprécision « Je crois, dit Queirel, que la ténacité de la thermalité atteste l'impuissance de nos moyens. » Courbin pense que les grandes septicémies ont tendance à provoquer des fièvres continues en plateaux rappelant la typhoïde, en opposition avec les oscillations des collections suppurées.

On peut conclure avec Tuffier : l'étude des courbes de température nous fournit certes des renseignements précieux sur l'intensité de l'infection, mais il est non moins certain que la seule marche de la fièvre ne peut servir d'indication précise à l'hystérectomie.

Pouls. — Le pouls s'élève généralement dans la P. P. entre 120-130-140 Mouchotte a montré que sa fréquence ne permettait guère de tirer d'indications précises. Aussi est-il difficile de souscrire à l'opinion de Wintreberg. « Si le pouls dépasse 130 pulsations malgré le traitement et s'il devient faible et petit, faites l'hystérectomie. » Souvent le pouls est en rapport avec la température. Or nous venons de voir qu'elle évolue suivant un mode imprécis.

La comparaison de la courbe de température et

de celle du poulx est susceptible de fournir des renseignements plus intéressants.

Pour Jeannin il faut craindre les cas où le poulx n'est pas en rapport avec la température où il s'élève quand elle s'abaisse (thrombose veineuse). Un poulx peu fréquent même si la température est élevée, n'est pas un mauvais pronostic.

Le frisson. — Certains auteurs attachent à son existence une grande importance. Il indiquerait une résorption massive de toxine par voie veineuse ou le passage des microbes dans le sang.

Certains auteurs ont voulu baser sur le frisson l'indication de l'hystérectomie et Carpentier, dans la thèse de Bonamy, croit pouvoir indiquer « chez une malade atteinte de fièvre puerpérale, dès qu'on se trouve en présence d'un frisson, l'hystérectomie est indiquée, il n'y a pas d'autre alternative. C'est le seul moyen d'empêcher la propagation du processus pyoéhmique ».

Nous ne pouvons y souscrire. Tous les auteurs ont vu des frissons répétés dans des cas bénins alors que d'autres infections évoluent vers la mort sans frissonnement. Certains auteurs attribuent aux frissons une importance diagnostique dans la thrombophlébite suppurée.

Faciès. — Il est hors de doute que le faciès comporte une grande importance malgré la phrase de Ricord : « Je ne saurai baser pour ma part une indication opératoire sur ce qu'une femme a les traits tirés, le faciès plombé, les yeux plus ou moins excavés. » Courbin de Bordeaux, au contraire, croit pouvoir tirer du faciès des indications sur l'état de l'utérus. L'endométrite donnerait aux infectées, le faciès congestif; la teinte grisâtre du visage serait la marque d'une atteinte grave du muscle utérin, la myosite

suppurée ou gangreneuse chez une infectée grave, ne présentant dans son faciès aucune des modifications ci-dessus énoncées, devrait aiguiller le diagnostic vers une phlébite ou un phlegmon du ligament large.

Il est difficile de conclure. Sans nier la grande importance du faciès, il est impossible de lui reconnaître celle qu'il a dans certaines infections caractéristiques. Et dans certains cas il peut faire défaut. Aussi ne peut-on compter le faciès au nombre des indications opératoires, mais au premier rang des « invitations » opératoires.

Tension artérielle. — A été étudiée en avril 1921, à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux. L'état de la tension artérielle doit compléter l'étude du pouls, lequel tâté au doigt peut être bon alors qu'ils s'agit en réalité d'un état de vasodilatation périphérique contre lequel il est fortement nécessaire de lutter.

L'abaissement considérable de la tension et un abaissement parallèle de l'indice sont toujours d'un fâcheux pronostic, témoignant de l'asthénie cardiovasculaire et d'une imprégnation considérable de l'organisme.

Par contre, les infections de gravité moyenne ne semblent modifier que très peu la tension artérielle.

Enfin, pour les auteurs, il est permis de supposer que l'élévation de Mx. soit liée aux conditions spéciales créées à la circulation, par des résistances considérables dues à une thrombo-phlébite aussi étendue que celle qui peut atteindre un utérus gravide.

La valeur de Mx. pourrait alors constituer un élément séméiologique de discrimination entre les lésions de thrombo-phlébite et les autres formes d'infection puerpérale.

Les observations que nous rapportons ne comportent pas d'observations à ce sujet. Nous ne pouvons qu'indiquer cette opinion qui reste à préciser.

L'examen de la langue, souvent sèche, rôtie ne doit jamais être négligée. C'est un bon signe d'infection grave. De même nous signalerons comme facteurs de gravité, l'accélération permanente de la respiration, la perte du sommeil, le délire, la diarrhée persistante, rebelle.

Langue rôtie, sèche, teint jaune sub-ictérique, diarrhée abondante et dissociation du pouls et de la température, forment un ensemble qui permet d'affirmer une infection sévère, contre laquelle, il est permis d'appliquer une thérapeutique des plus énergiques.

Jeannin a insisté sur la gravité de l'insuffisance hépatique, celle-ci est susceptible de venir compliquer la fièvre puerpérale, à un moment quelconque de son évolution. Elle présente dans la majorité des cas le tableau clinique de l'ictère grave. Dans certains cas où le streptocoque est l'agent infectieux, l'ictère grave se manifeste par de l'hyperthermie, 40-41 degrés. Le pouls très fréquent est en discordance avec la température. A un certain moment on peut avoir acholie complète, selles absolument décolorées.

L'apparition de ces symptômes doit être considéré comme d'un pronostic extrêmement sombre.

Mais à côté de cette insuffisance hépatique grave, d'un pronostic fatal et contre laquelle nous ne pouvons lutter, il existe une insuffisance hépatique, de degrés différents, qui trahit la difficulté qu'éprouve le foie de remplir sa fonction antitoxique. C'est un élément grave de pronostic qui montre le manque de résistance du malade. Sub-ictère, signes urinaires et sanguins d'insuffisance hépatique, sont des élé-

ments de première importance au point de vue de la gravité de l'affection.

En résumé, les signes cliniques généraux ne peuvent jusqu'à nouvel ordre donner d'indication précise à l'hystérectomie vaginale. Leur irrégularité habituelle défend le plus souvent d'en tirer une déduction pronostique, mais pour le clinicien averti, ils prennent une grande valeur et permettent de préparer l'invitation opératoire.

Signes locaux. — Les signes locaux peuvent-ils fournir une indication à l'hystérectomie vaginale, dans les cas où ils sont associés à des signes généraux ?

Ceux-ci ont fait l'objet des travaux très importants. Nous ne pouvons entrer dans la discussion de toutes les médications tirées de l'examen local.

Pour Rochard (1901) l'absence de régression utérine constitue un degré de l'infection localisée et les accoucheurs répondent que le retard dans la régression utérine peut être indépendante de toute infection et que dans les suites de couches pathologiques son degré n'est pas proportionnel au degré de l'infection.

Piqué, basant son opinion sur celle de Budin pensait que l'imperméabilité de l'orifice utérin au doigt, de la trente-sixième heure au quatrième jour était un signe de rétention placentaire. Ce signe est presque constant mais on le trouve aussi fréquemment dans les infections utérines bénignes, ce signe conserve une valeur diagnostique, mais n'est pas une indication d'intervention.

Cadenat, dans sa communication à la société de gynécologie préconise la conduite suivante.

Palper l'abdomen. La contracture abdominale est signe de réaction péritonéale, donc la lésion a dé-

passé l'utérus. Rechercher s'y il y a épanchement intra-péritonéal.

II. — Toucher vaginal. Lorsque le douglas est douloureux, mollassé et qu'il y a contracture abdominale, on peut affirmer qu'il y a du pus dans le petit bassin.

« Il faut immédiatement faire sauter la bonde ».

III. — S'assurer que la cavité utérine est vide, et nous ne saurions trop insister sur cette notion.

L'examen local présente une grande valeur ; dans trois de nos observations il permit de sentir, une fois une perforation de la paroi postérieure, deux fois des fibromes en voie de sphacèle.

Citons à ce sujet, l'erreur commise relevée dans la thèse de Morgenstern. A deux reprises, rétention placentaire, partielle, latérale, confondue avec un fibrome en voie de sphacèle.

Ce sont là des indications indiscutables, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

La quantité et la qualité des lochies, leurs couleurs, leur odeur putride viennent donner une légère indication, mais l'élément important est l'examen bactériologique que nous verrons tout à l'heure. Dans de nombreux cas d'infection streptococcique, les lochies semblent normales, non fétides.

Il ne s'agit pas, dans les cas qui nous occupent d'étudier la seméiologie des péritonites localisées des phlegmons du ligament large. La question a été traitée par de nombreux auteurs. Jeannin a étudié le traitement des péritonites par ce moyen. La thèse de Dedet inspirée par Richard, traite la question.

Cette croit utile de poser à nouveau la question de savoir si en dehors des cas où il existe des lésions locales évidentes qui nécessitent l'intervention, il n'y a pas des cas d'évolution moins rapide où l'hysté-

rectomie faite à temps pourrait favoriser la guérison de quelques malades. Des cas où l'utérus est gros, mou, douloureux, les culs-de-sac libres ou légèrement empâtés ou peu douloureux, où l'utérus est mobile, où il n'y a ni réaction péritonéale ni réaction de ligament large. Les accidents semblent dépendre d'une lésion utérine sans qu'il soit possible de dire quelle est la nature des lésions musculaires, muqueuses ou vasculaires, s'il s'agit d'abcès multiples, de plaque de sphacèle, de gangrène limitée d'une paroi.

Mais l'examen local, pour minutieux qu'il soit, ne donne pas la clef du problème et ce n'est qu'au moment de l'intervention que l'on se rend compte si les lésions sont ou non limitées à l'utérus, à l'examen de la pièce que l'on détermine les lésions utérines.

Bactériologie

Les recherches de laboratoire se sont multipliées dans le cours de ces dernières années.

Elles ont porté :

- 1° Sur l'examen bactériologique des lochies.
- 2° Sur l'hémoculture.
- 3° Sur l'établissement de la formule cytologique du sang.
- 4° Sur l'étude des coefficients uréo-sécrétoires.

I. Bactériologie des lochies, c'est la première en date. De nombreuses observations établissent que le streptocoque pyogène, le staphylocoque, le bactérium coli se trouvent fréquemment à la vulve des femmes enceintes qui accouchent sans accidents.

D'autre part, en matière d'infection puerpérale Mouchotte établit que l'on se trouve généralement

en présence de symbioses microbiennes et que cette symbiose se termine tantôt favorablement, tantôt défavorablement sans qu'on puisse l'établir d'avance.

Dans le cas où une seule espèce microbienne est en cause, le streptocoque par exemple, l'étude précise des caractères morphologiques de cette espèce, ne donne guère de renseignements. Le rôle du milieu joue en cette matière une importance considérable. Les recherches de Delbet sur la biologie de la plaie de guerre l'amènent à penser que les caractères morphologiques n'ont que peu de valeur. En pratique, les longues chaînettes à gros grains ou à grains inégaux se montrent chez l'homme dans les plaies moins favorables que les chaînettes courtes à grains égaux. Néanmoins il conclut : « De plus en plus, on arrive à considérer que les caractères morphologiques et cultureux sont insuffisants pour fixer sur la virulence du streptocoque. Ils semblent d'autant plus pathogènes qu'ils fermentent moins les sucres.

L'inoculation aux animaux a été tentée. En outre qu'elle ne donne qu'une réponse tardive, trois ou quatre jours au minimum, il faut tenir compte de la différence de virulence suivant l'animal inoculé. Le lapin est l'animal de choix.

D'autres procédés ont encore été proposés, mais ne sont guère d'une utilisation courante en raison de leur difficulté technique. Telles par exemple les méthodes de la recherche du pourvoi agglutinant suivant la technique de Besredka.

Fabre de Lyon a préconisé en France les procédés décrits en Allemagne par Fromme.

On ensemece les germes pathologiques sur Blütschwan ou sur bouillon lécithiné, le principe de ces deux méthodes réside sur le fait paradoxal que sur l'un ou sur l'autre des deux milieux précédents,

les streptocoques, très virulents poussent très peu, en colonies résorbantes, tandis que les strepto peu virulents poussent en colonies innombrables.

Nous ne pouvons que mentionner le principe de la méthode. Ajoutons que Fabre publiait une série de résultats expérimentaux qui semblaient confirmer la valeur de la méthode. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'observation où la détermination de la virulence du strepto par cette technique ait été mentionnée.

Une autre méthode de détermination de la virulence du strepto par Siqwart a été reprise et rejetée par Pruskha. Les travaux faits au laboratoire de Tarnier sur cette méthode ne semblent pas indiquer qu'il y ait lieu de s'y arrêter.

Le streptocoque n'est d'ailleurs pas toujours seul en cause, dans un grand nombre de cas il est associé, il aide la naissance des anaérobies, car il désoxygène le milieu et détruit l'hémoglobine.

Sur 100 cas relatés par Shottemuller, il rencontre vingt-neuf fois le strepto, vingt-six fois le staphylocoque. On peut considérer l'absence du strepto comme élément favorable, mais le même auteur a cité 2 cas d'infections foudroyantes au staphylocoque doré.

L'absence de germe dans les sécrétions utérines peut être constatée au cours de nos formes d'infections, l'observation rapportée par Cadenat en est un exemple frappant. Culture de pus négative, soit en aérobie soit en anaérobies. Les examens furent répétés à plusieurs reprises au laboratoire de Cochin à l'Institut Pasteur. La malade fut hystérectomisée par voie vaginale et fit de nombreux abcès pyohémiques.

Les recherches plus récentes de M. H. Gordon

C. M. L. Bacteriologist Bartholomeuw Hospital lui permet de considérer le strepto, hémolytique comme comportant le pronostic le plus grave.

Cette notion semble contrôlée par la majorité des auteurs.

II. — L'hémoculture, alors que l'infection *in utero* est généralement polymicrobienne, l'infection lorsqu'elle se généralise se manifeste comme monomicrobienne. La culture se pratique par grand ensemencement sur bouillon gélose ou par la méthode du blutogar.

Le staphylocoque est rarement décelé, le bactérium coli est d'autant plus fréquent qu'on se rapproche de l'agonie. Le sang constitue pour les anaérobies un mauvais milieu de culture.

C'est le streptocoque qui est le plus fréquemment décelé.

Fabre arrive à ces conclusions.

Le sang est stérile dans les infections localisées.

Dans la septicémie les colonies sont nombreuses et persistantes au cours des examens successifs. Dans l'infection pyohémique elles sont en petit nombre et n'augmentent que peu à peu lorsque la maladie évolue vers la mort.

Dans une observation que nous publions (IX), l'hémoculture a été positive, et la malade mourut.

Un certain nombre d'auteurs, Cadenat en particulier, pensent que l'hémoculture positive constitue une contre-indication opératoire.

La question est complexe, la bactériémie n'implique pas toujours un pronostic fatal. Douay crut même démontrer que l'hémoculture est habituellement positive si le prélèvement a été fait au moment du frisson et de la poussée thermique. L'hémoculture positive perd dans ces conditions beaucoup de

sa valeur pronostic. Pour la lui restituer il semble nécessaire de constater l'augmentation du nombre des colonies au cours de prises successives, à intervalles déterminés, plusieurs fois par jour, ce qui est peu pratique à appliquer.

Il nous paraît intéressant de rappeler la parenté du streptococcus intestinalis, qui ne ferait qu'un avec l'entérocoque qu'on retrouve dans certaines infections puerpérales (P. Gordon). Le strepto intestinalis peut devenir hémolytique et acquérir un degré de virulence qui en fait un germe dangereux. Il y a là une notion des plus intéressantes.

Séro-diagnostic. — Nous ne pouvons que mentionner cette idée intéressante dont l'étude n'est qu'ébauchée.

Etude cytologique du sang. — Pour Jeannin qui a résumé les travaux sur la question.

Les éléments de gravité du pronostic sont une forte hyperlencocytose (40.000), une polynucléose restant au plateau vers 90 o/o.

La disparition complète et persistante des éosinophiles.

Cette dernière modification est la plus constante, les autres éléments subissent des modifications individuelles marquées.

Examen chimique du sang. — L'étude des modifications chimiques de l'urine au cours de l'infection puerpérale fit l'objet des travaux de Bar et Bonamy. D'importants travaux ont été entrepris sur cette question par le professeur Brindeau, MM. Couinaud et Clogne.

Les auteurs ont recherché :

- 1° Détermination de l'urée sanguine;
- 2° Détermination du taux de l'azote résiduel dans le sang ;

3° Elimination azotée urinaire ;

4° Dosage de l'acétone urinaire.

Les résultats de ces recherches sont que : chez les femmes accouchées normales le taux de l'urée gazométrique n'a jamais dépassé 0,38, soit dans le sérum, soit dans le sang.

Le calcul de l'azote résiduel a donné des chiffres sensiblement normaux. Les femmes ayant présenté une fièvre bénigne ont présenté un taux d'urée dans le sang de 0,30 à 0,35.

Chez les infectées à forme légère le taux de l'azote résiduel calculé chez deux malades a donné des chiffres de $0,152 = 0,110 \times 1$.

Dans les formes graves, à évolution fatale, le taux de l'urée gazométrique s'est maintenu de 0,45 et 0,63. L'azote résiduel a donné des chiffres compris entre 0,148 et 0,334.

Il semble résulter de ces travaux que le taux de l'urée dans le sérum et dans le sang est sensiblement normal chez les accouchées non pathologiques.

Dans l'infection puerpérale le taux de l'urée moyenne augmente et cette augmentation paraît proportionnelle à la gravité de la forme.

Le taux de l'azote résiduel, normal chez les femmes accouchées non pathologiques s'accroît chez les infectées légères pour atteindre des taux élevés dans les formes sévères. Présence d'acétone dans le sang dans les cas d'infection grave.

Il semble résulter que le rôle de l'azotémie doit prendre une grande valeur dans la détermination du pronostic des infections puerpérales.

La recherche de l'acidose est peut être appelée à prendre aussi une place importante, l'acidose semblant entraîner le développement et favoriser la virulence du strepto chez les malades diabétiques (Tissier).

La rapide revue des moyens d'investigation susceptibles de déterminer la « gravité » de l'infection puerpérale montre que nous sommes encore dans l'incertitude. Sans doute les recherches récentes laissent soupçonner des indications que l'avenir précisera. Mais au dernier Congrès des gynécologues le professeur Brindeau pouvait dire : « Sur quels signes s'est-on basé pour poser les indications de l'hystérectomie. Il faut avouer que tous les procédés de laboratoire, examen du sang, recherche de la virulence ont fait faillite, les facteurs cliniques ne sont guère plus satisfaisants. »

A défaut de pouvoir d'emblée faire un pronostic, est-il plus rationnel de tirer une indication du fait « que les autres moyens ont échoué ».

Il faut alors admettre la règle de J.-L. Faure. Lorsque vingt-quatre heures après le curettage soigneux, il n'y a pas de mieux sensible, c'est-à-dire quand la température ne tombe pas, que le pouls est aussi rapide, surtout, si les frissons persistent.

Cadenat étend cette règle. Pour lui il faut se méfier des améliorations passagères qui suivent le curettage. Le lendemain la fièvre peut diminuer, les frissons peuvent cesser, mais ultérieurement l'état général s'aggrave ; n'attendez pas plus longtemps il faut enlever l'utérus.

Cette règle est difficilement applicable. Le curettage devient une intervention de plus en plus délaissée. Il sort du cadre de notre travail de le discuter. Il cède le pas au curage, à la simple toilette, le Dr Metzger ne reconnaît plus d'indication au curettage.

Le professeur Brindeau a vu dans 80 o/o des cas la température rester élevée pendant plusieurs jours après le curettage et les malades ont guéri parfaitement. Vanverts a rassemblé 99 observations de curet-

tage post-abortum. L'indication était fournie par la certitude de rétention placentaire. Dans 80 cas où la fièvre disparut complètement ou diminua le lendemain, il y eut 77 guérisons, 2 morts.

Trois fois une pelvi-péritonite se déclara quelques jours après le curettage.

Une fois la fièvre qui avait diminué le lendemain du curettage, remonta à 39°5, 40°4, la malade guérit.

Dans 17 cas où la température resta le lendemain du curettage égale ou supérieure à celle qui existait avant l'opération, il y eut 12 guérisons, 5 morts.

Ainsi la fièvre persistant ou augmentant le lendemain du curettage, est d'un pronostic assez grave, mais si l'état général n'est pas mauvais on peut espérer que l'évacuation de l'utérus se manifestera les jours suivants. Aussi la règle de J.-L. Faure ne semble pas elle-même comporter une indication absolue.

CHAPITRE V

Y a-t-il des indications de l'hystérectomie vaginale

Est-ce à dire que l'hystérectomie vaginale ne comporte pas d'indications? La phrase de Pinard doit-elle être notre conclusion.

Non.

Il y a d'abord lieu de distinguer nettement le post-partum et le post-abortum. Les auteurs ont déjà fait cette distinction, mais ils étaient guidés plutôt par le désir de simplifier la question.

Mouchotte est formel à ce sujet. D'autre part la trop grande fréquence des avortements criminels tend à imposer à l'attention le post-abortum pathologique. On a encore pu dire que la rapidité foudroyante des accidents infectieux éclatant après l'accouchement, écartait toute tentative de thérapeutique active.

D'autres raisons plus sérieuses nous conduisent avec le professeur Brindeau à scinder soigneusement les deux cas, de pronostic très différents.

L'avortement est le plus souvent provoqué, les manœuvres intra-utérines criminelles ont inoculé l'utérus de germes plus ou moins virulents.

Mais au début de la grossesse les avortements provoqués dépassant rarement le quatrième mois, le péritoine pelvien est seul en cause, le processus infectieux tend à se localiser au petit bassin, à y créer des collections, d'où moindre gravité.

Dans le post-partum tout le péritoine est en cause et les effets de l'hystérectomie en cas de péritonite deviennent problématiques, l'utérus après la déli-

vance offre aux germes de l'infection une surface cruentée étendue, des sinus béants, l'infection prend souvent une allure plus rapide que dans le post-abortum. La femme fatiguée par la grossesse, par le travail, affaiblie par l'hémorragie, par le choc nerveux est une proie facile à l'infection. La lenteur du travail au cours de l'accouchement, la multiplication des manœuvres obstétricales, les applications de forceps, les touchers multiples sont encore des éléments d'aggravation du post-partum.

Pronostic infiniment plus grave.

L'intervention présente des difficultés techniques beaucoup plus sérieuses dans le P. P., l'amincissement des parois utérines joint aux lésions créées par l'infection détermine un état de friabilité du muscle utérin qui gêne la manœuvre, le volume considérable de l'utérus est encore un élément peu favorable.

Malgré l'emploi des pinces à mors plats préconisées par J.-L. Faure, l'utérus se déchire souvent. Nous en avons rapporté deux exemples dans nos observations.

D'une part, la hauteur des ligaments larges, rend le pincement difficile, ce pincement est encore rendu incertain par l'infiltration, par l'œdème de tissus péri-utérins. Dans le post-abortum, au contraire, le petit volume de l'utérus, sa consistance facilite l'opération, la difficulté ne vient que des adhérences anciennes.

Il faut donc nettement séparer les P. A. du P. P.

Pour Metzger, il faut s'abstenir de bout en bout dans le P. P.

On risquerait de perdre ainsi des malades que l'hystérectomie pourrait sauver.

La notion de résistance organique semble devoir être considérée comme une notion de premier

ordre, mais les éléments qui permettent d'apprécier cette résistance sont difficiles à déterminer. Mouchotte comptait sur l'examen du sang, nous avons vu combien était faible sa valeur. Actuellement, nous croyons que le degré de résistance de la cellule hépatique est le point le plus important à déterminer, et c'est peut-être dans cette voie que nous pouvons trouver un élément d'appréciation de la résistivité de l'individu à l'infection.

Car il y a des indications, que nous pouvons diviser en indications précises, et à préciser, ou « invitations » opératoires.

Nous avons, au chapitre précédent, discuté les indications suivant le temps, la règle établie, par J.-L. Faure, les indications du fait de l'échec des thérapeutiques généralement employés, nous n'y reviendrons pas, il n'y a là aucune indication bien nette.

Nous étudierons des indications précises de par les lésions.

Les déchirures du segment inférieur la commande sans discussion.

Les fibromes infectés constituent une seconde indication formelle. Il y a là une cause locale d'infection qu'il y a intérêt à enlever au plus tôt.

Le professeur Brindeau pense que toute femme atteinte de fibrome présentant de la fièvre dans les suites de couches doit subir l'hystérectomie vaginale.

De même la perforation utérine, spontanée à la suite d'une plaque localisée de gangrène ou accidentelle à la suite d'une manœuvre la commande formellement.

De même les rétentions rebelles de placenta qui ne cèdent pas aux moyens ordinairement employés, et qui s'accompagnent de phénomènes généraux

graves, les rétentions placentaires dans une corne utérine, sont des indications qui ne sont plus que faiblement discutées.

Les indications qui restent à préciser et qui malgré des recherches multiples faites, sont encore discutables, sont celles où il n'y a aucune rétention utérine où l'utérus paraît peu touché, augmenté de volume, mou, douloureux, en un point ou en totalité, culs-de-sac un peu empâtés, utérus peu mobile, et où il y a une réaction générale grave où les moyens obstétricaux ont échoué. Nous croyons pouvoir penser qu'il faut intervenir et débarrasser l'organisme d'un foyer d'infection.

Nous nous permettons d'attirer l'attention sur les cas de placenta prævia, les hémorragies répétées atteignent fortement l'état général des malades, et le professeur Bar, a pu dire schématiquement que les malades ayant un P. P. mouraient non d'hémorragie, mais d'infection. Dans le service du professeur Brindeau, nous avons eu l'exemple d'une césarienne abdominale pour P. P., décédée ultérieurement, et à l'autopsie de laquelle les lésions infectieuses étaient localisées à l'insertion placentaire. Il nous semble intéressant de signaler ce cas qui pourrait peut-être fournir une indication.

En réalité, l'hystérectomie vaginale est indiquée dans tous les cas où l'infection puerpérale est un épiphénomène par rapport à une lésion utérine, mais malheureusement la clinique est souvent impuissante à préciser les cas. Tant qu'il y a une lésion locale, utérine ou péri-utérine, l'hystérectomie garde ses droits.

Nous n'avons pas compris dans notre étude les lésions localisées du petit bassin. Nous nous contenterons seulement de signaler que l'utérus est souvent un obstacle mécanique à l'abord et à

l'évacuation des collections suppurées. Nous rappellerons la phrase de Nélaton : « Il faut faire sauter la bonde ». L'ablation de l'utérus permet un large drainage au point déclive, drainage efficace, ce qui n'est souvent pas le cas des incisions des culs-de-sac. Par ce même mécanisme, l'hystérectomie vaginale peut être indiquée dans la péritonite généralisée. Les résultats, vu la gravité de l'affection et le moment où l'intervention est pratiquée, ne sont, pour le moment, pas très encourageants.

Dans les cas où l'infection est généralisée, où il y a septicémie, y a-t-il indication ou contre-indication ? L'ensemble des examens cliniques et de laboratoires, l'état général de la malade, les antécédents, l'histoire de l'accouchement sont autant d'éléments d'importance diverse que seul pourra apprécier et interpréter le tempérament chirurgical de l'opérateur. Ce sont des cas d'espèces. Nous nous permettons de faire remarquer que l'élément principal est l'évolution de la résistance individuelle du malade et dans les cas où une infection paraît grave d'emblée, chez une malade de résistance amoindrie peut-être est-on en droit de l'hystérectomiser, afin de supprimer un foyer d'infection et de permettre à son organisme de faire les frais de l'infection. Nous sommes dans le domaine de l'hypothèse, et actuellement ces cas sont soumis à l'appréciation de l'opérateur :

Espérons que la clinique et le laboratoire viendront bientôt augmenter le nombre des indications précises de l'hystérectomie vaginale, dont le domaine, bien restreint il y a une vingtaine d'années, tend à s'accroître peu à peu, à moins que les résultats de la vaccinothérapie ne viennent interrompre son développement. Nous en connaissons quelques résultats intéressants notamment quelques cas traités par le S.S.P. du D^r Le Moignic qui sont fort encourageants.

CONCLUSIONS

I. — Devant la fréquence et la gravité de la fièvre puerpérale, dont nous ne pouvons établir actuellement, le pronostic, devant l'incertitude des traitements habituels et en attendant que les indications de la vaccinothérapie se précisent, l'hystérectomie vaginale doit, de par la rapidité de son intervention, la bénignité du schock opératoire, prendre place comme un moyen efficace de combattre cette affection.

II. — L'indication opératoire ne doit pas seulement être basée sur l'état de l'appareil génital : mais sur l'état général, sur la possibilité ou non de réaction de l'organisme, sur le résultat des examens de laboratoire. Il faut séparer nettement le P. P. du P. A.

III. — Les indications précises de l'hystérectomie vaginale, sont celles où la lésion est limitée à la muqueuse ou le muscle utérin. Perforation, fibrome sphacélé, infiltration purulente, rétention placentaire rebelle, gangrène, affections décelables à un examen approfondi.

IV. — Dans le cas d'infection puerpérale aiguë, à germes virulents, même si l'examen local montre que l'infection a dépassé les limites de l'utérus, si la résistance du malade paraît compromise par un état général déficient, l'hystérectomie peut être pratiquée avec succès, car elle élimine un foyer d'infection.

V. — L'intervention est plus aisée dans le P. A. que dans le P. P., le volume de l'utérus, la hauteur des ligaments longs, leur infiltration et surtout la friabilité de l'utérus sont des éléments qui en augmentent la difficulté.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU

Vu : Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Pour tous les travaux antérieurs à 1903 nous renvoyons à la thèse de Mouchotte. « Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum. » Paris 1903, dont la bibliographie est des plus complètes.

Depuis 1903.

Bar-Brindeau. — Pratique de l'art des accouchements.

Balard. — Valeur pronostique des examens oscillométriques dans les infections puerpérales (Bull. obst. et gyn., 1921).

Bégouin-Faure. — Indication et technique de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations annexielles (Rapport Congrès. Bruxelles, 1919).

Brindeau. — Société de Gynécologie et d'Obstétrique. Paris, mai 1920.

Cadenat. — L'hystérectomie vaginale de la fièvre puerpérale (Presse méd., 1920 ; l'Hôpital, mars 1920 ; II^e Congrès gynécologues et obstétriciens langue française, 1921).

Cotte. — II^e Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. Rapport.

Courbin. — Indications de l'hystérectomie d'urgence dans la fièvre puerpérale, 13 décembre 1922.

Couinaud et Clogne. — Examen chimique du sang chez quelques infectées puerpérales (Gyn. et Obst., 1921).

Dedet. — Indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes. Thèse Paris.

Delbet. — Société de Gynécologie et Obstétrique, mai 1920 (Biologie de la plaie de guerre).

Delletrez. — Rapport au XIX^e Congrès de l'Association française de Gynécologie, 1906.

- Douay.* — Traitement chirurgical de l'infection puerpérale post-abortionum (Gyn. et Obst., 1920).
- Faure (J.-L.) et Siredey.* — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.
- Gordon.* — Differentiation of hemolytics streptococques, 1921.
- Jeannin.* — Traitement chirurgical, les péritonites puerpérales généralisées (l'Obstétrique, 1906).
- Potoki.* — Société de Gyn. et Obstétrique, mai 1920.
- Potevin.* — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë (II^e Congrès de l'Ass. de Gyn. et Obstétrique de langue française. Paris, 1921).
- Raymond.* — De la colpotomie dans l'infection puerpérale grave. Thèse Paris, 1908.
- Roy.* — Les collections suppurées de la paroi utérine et leur traitement. Thèse Paris, 1914.
- Vanverts.* — I^{er} Congrès de l'Assoc. de gynéc. et obstétriciens de langue française. Bruxelles 1915. Rapport.
- Indications de l'hystérectomie tirées du curettage dans le P. A. (Gyn. et Obst., 1922).

